



Nom de la personne dépistée : \_\_\_\_\_

Patient       Accompagnateur (patient : \_\_\_\_\_)

	Pré-RV	RV
Date :		
1- Est-ce que l'enfant a reçu un résultat positif à un test de dépistage de la COVID-19 ou une recommandation de passer un test de dépistage?	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N
1a- Si vous avez répondu oui à la question 1, est-il considéré « rétabli » par la direction régionale de santé publique?	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N
Est-ce que l'enfant présente les conditions suivantes :		
2- Fièvre > 38,5 °C (101,3 °F)	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N
3- Symptômes respiratoires : toux nouvelle ou aggravée, essoufflement, difficulté à respirer	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N
4- Nez qui coule OU congestion OU mal de gorge ET fièvre entre 38,1 et 38,4 °C (100,6 et 101,1 °F)	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N
5- Mal de ventre OU vomissements OU diarrhée ET fièvre entre 38,1 et 38,4 °C (100,6 et 101,1 °F)	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N
6- Est-ce que l'enfant a une condition de santé connue pouvant expliquer ces symptômes ? Si oui, précisez : _____	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> N/A
7- Est-ce que l'enfant a été en contact étroit (au moins 15 minutes à moins de 2 mètres) avec un cas confirmé ou suspecté de la COVID-19?	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N

Signature pré-RV : \_\_\_\_\_ Signature RV : \_\_\_\_\_

#### CETTE SECTION EST RÉSERVÉE AU PERSONNEL DE LA CLINIQUE DENTAIRE

- Si la personne a répondu OUI à la question 1a : STATUT ASYMPTOMATIQUE / RÉTABLI
- Si la personne a répondu OUI à au moins une des conditions suivantes : STATUT SUSPECTÉ/CONFIRMÉ.
  - ✓ OUI à la question 1;
  - ✓ OUI à au moins une des questions 2 à 5, sans autres causes apparentes (question 6);
  - ✓ OUI à la question 7.
- Toute autre réponse : STATUT ASYMPTOMATIQUE / RÉTABLI.

Cocher la case correspondant au statut COVID-19 de la personne :

Suspecté / Confirmé     Asymptomatique / Rétabli

*Si la personne est considérée comme suspectée/confirmée COVID-19, consulter le dentiste avant d'attribuer un rendez-vous.*